

(1^{re} Série

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

N° 155)

DES
POLYPES FIBRO-MUQUEUX

DE L'ARRIÈRE-CAVITÉ DES FOSSES NASALES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE SAMEDI 12 AOUT 1882, A 3 HEURES DE L'APRÈS-MIDI

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES GEHIN

DE SAULXURES-S.-MESELOTTE (VOSGES)

Élève du service de santé militaire

NANCY

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE N. COLLIN

Rue du Crosne, 5

—
1882



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555809_0032

DES
POLYPES FIBRO-MUQUEUX

DE L'ARRIÈRE-CAVITÉ DES FOSSES NASALES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE SAMEDI 12 AOUT 1882, A 3 HEURES DE L'APRÈS-MIDI

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES GEHIN

DE SAULXURES-S.-MESELOTTE (VOSGES)

Élève du service de santé militaire

NANCY

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE N. COLLIN

Rue du Crosne, 5

—
1882

Doyen : M. TOURDES ✱.

Doyen honoraire : M. STOLTZ C ✱.

Professeurs honoraires : MM. SÉDILLOT C ✱, CAILLIOT ✱, STOLTZ C ✱, SIMONIN ✱,
BACH ✱.

Médecine légale.....	M. TOURDES ✱, professeur	
Clinique externe.....	M. MICHEL ✱, professeur.	
Matière médicale et Thérapeut..	M. COZE ✱, professeur.	
Histologie.....	M. MOREL ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. V. PARISOT ✱, profess.	
Clinique obstétricale et accouche- ments.....	M. HERRGOTT ✱, profess.	MM. ROUSSEL ✱ et E. PARI- sot, prof. adj.
Pathologie générale et Patho- logie interne.....	M. HECHT, professeur.	M. DEMANGE ✱, prof. adj.
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, professeur.	
Anatomie et Physiologie patho- logiques.....	M. FELTZ ✱, professeur.	
Chimie médicale et Toxicologie..	M. RITTER, prof.	
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.	
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.	
Physique.....	M. CHARPENTIER, profess.	
Anatomie gén., descriptive et topographique.....	M. LALLEMENT, professeur.	
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, professeur	
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.	
Pathologie externe.....	M. HEYDENREICH, professeur.	M. BÉCHET, prof. adjoint.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	M. N... professeur.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. SCHLAGDENHAUF- FEN.	MM. SPILLMANN. E. DEMANGE.	MM. A. HERRGOTT. GARNIER.	M. WEISS.
----------------------------	-------------------------------	------------------------------	-----------

M. BONNET, Secrétaire, Agent comptable.

Examineurs de la Thèse :

M. HEYDENREICH, *président* ; MM. LALLEMENT, BÉCHET ET DEMANCHE PÈRE.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MON PÈRE, LE DOCTEUR GEHIN

A MON PÈRE, LE DOCTEUR GEHIN

A MA MÈRE

A MA MÈRE

Recevez tous deux ce témoignage de mon affection
et de ma reconnaissance.

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR HEYDENREICH

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WEISS

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE NANCY

DES

POLYPES FIBRO-MUQUEUX

DE L'ARRIÈRE-CAVITÉ DES FOSSES NASALES

INTRODUCTION

En suivant la clinique de M. le professeur agrégé Weiss, il nous a été donné d'observer une forme particulière de polype nasopharyngien.

Une jeune fille était entrée à l'hôpital Saint-Léon portant un polype qui remplissait l'arrière-cavité des fosses nasales, le pharynx et refoulait le voile du palais. Cependant malgré son volume cette tumeur ne causait aucun trouble sérieux des fonctions. Il suffit d'une opération simple pour l'enlever, résultat qu'un examen superficiel n'aurait pas permis d'espérer.

Sur le conseil de notre maître, nous avons choisi ce cas comme base de notre travail inaugural.

Notre but n'est pas de faire ici l'histoire des diverses productions polypeuses que l'on rencontre dans la région naso-pharyngienne, ni d'étudier les différents modes de traitement que l'on a préconisés pour chacune d'elles. Cela nous conduirait beaucoup trop loin. Ce que nous voulons essayer de faire, c'est une étude clinique de cette variété de tumeurs, étude fondée sur la comparaison du cas observé avec les cas analogues que nous avons pu

recueillir. Nous indiquerons en même temps la structure de ces polypes et le traitement qui nous paraît le plus convenable.

Que M. le professeur-agrégé Veiss reçoive nos sincères remerciements pour les conseils qu'il nous a donnés et pour l'observation qui sert de base à notre travail.

Nous témoignons à M. le professeur Heydenreich notre vive gratitude pour l'obligeance avec laquelle il a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

Nous tenons à remercier N. le docteur Sadler, chef du laboratoire d'histologie, et nous lui sommes très-reconnaissants de l'empressement avec lequel il a fait l'examen du polype enlevé par M. Veiss.

HISTORIQUE

Privés des secours de l'histologie, les chirurgiens du commencement de ce siècle classaient les polypes d'après leurs caractères microscopiques et leur pronostic.

Cependant Boyer (1) distinguait des polypes muqueux les polypes durs ou sarcomateux, affection très grave, dit-il, mais dont pronostic n'est pas toujours également fâcheux : « lorsqu'ils ont un pédicule, surtout lorsqu'ils ont franchi l'extrémité postérieure des fosses nasales et qu'ils ont pris de l'extension dans le pharynx » Il revient à plusieurs reprises sur des cas rares de polypes naso-pharyngiens guéris par l'arrachement. Blandin (2) avait observé des cas semblables, mais il ne parle pas de la structure de ces tumeurs.

Des moyens plus complets d'investigation amenèrent Nélaton et ses élèves à simplifier la question, Pour eux il n'y a que deux espèces de polypes : ceux des fosses nasales bénins et toujours muqueux, ceux de la cavité pharyngienne toujours fibreux et voués à une récurrence fatale et en 1849 l'illustre chirurgien (3) citait comme remarquable une opération de polype dans laquelle il n'y avait pas eu de récurrence au bout d'un an, attribuant ce résultat à l'étroitesse de pédicule, laissant de côté la structure de cette tumeur. Il était résulté de cette manière de voir que tous les polypes naso-pharyngiens devaient être enlevés à l'aide d'une opé-

(1) Traité des maladies chirurgicales et des maladies qui leur conviennent ; page 95 et suiv.

(2) Dictionnaire en 30 volumes. (Art. Polype).

(3) Bulletin de la société de chirurgie 26 décembre 1849 p. 485.

ration préliminaire. Aussi lorsqu'en 1857 Maisonneuve (1) parlait de la possibilité d'enlever certaines de ces productions à l'aide d'une simple ligature extemporanée, Ad. Richard s'élevait avec force contre cette manière de voir qui, selon lui, exposait à de grandes déceptions quant au résultat.

En 1860 M. Huguier rapporta à la société de chirurgie un fait dans lequel un polype naso-pharyngien pédiculé avait été enlevé facilement et sans hémorrhagie chez un jeune homme de 16 ans. A ce sujet eut lieu la discussion suivante entre MM. Houel et Huguier :

M. Houel. — Une grande différence existe entre le polype de M. Huguier et les polypes décrits jusqu'ici sous le nom de naso-pharyngiens. Ceux-ci sont très-denses comme fibreux et quelquefois même cartilagineux. Le polype de M. Huguier au contraire est comme muqueux très-vasculaire. Une autre différence tient de leur point d'origine. Les polypes naso-pharyngiens s'insèrent sur la partie basilaire du sphénoïde. Ils peuvent bien envoyer quelques prolongements dans les parties voisines, mais c'est là une disposition secondaire.

M. Huguier. — Je suis sur un point de l'avis de notre collègue et je reconnais que la plupart des polypes naso-pharyngiens sont fibreux et constitués par une sorte d'hyperplasie du périoste, mais cela n'empêche pas que celui que j'ai observé ne doive porter le même nom car il occupait réellement la région naso-pharyngienne. Il faut admettre seulement que la nature de ces polypes n'est pas la même et qu'il y en a au moins de deux espèces.

Dans tous les cas celui que j'ai enlevé n'a aucun des caractères des véritables polypes muqueux.

Dans les séances suivantes plusieurs chirurgiens surtout MM. Verneuil et Michaux reconnurent l'existence probable des diffé-

(1) Bulletin de la Société de chirurgie, 9 juillet 1857.

rentes sortes de polypes dans le pharynx sans données anatomiques. L'absence d'autres faits du même genre éloigna la discussion de cette voie.

Il nous faut remonter en 1865 pour entendre dire à Dolbeau (1) qu'il est parfois des polypes fibro-muqueux qui peuvent en imposer pour de véritables polypes fibreux mais il ne donne aucune observation probante à l'appui de son assertion.

C'est en 1869 qu'une distinction basée sur la clinique et l'anatomie pathologique devait être établie entre les diverses formes de polypes naso-pharyngiens. A cette époque M. Achille Bonnes de Nîmes présenta à la Société de chirurgie l'observation d'un polype d'une texture mixte enlevé par arrachement et guéri sans récidive.

A ce cas M. Legouest en ajouta un autre tiré de sa pratique. L'observation de l'éminent chirurgien et les réflexions dont il la fit suivre marquent une date assez importante dans le sujet dont nous nous occupons pour que nous les citions en cette place.

Observation. — J'ai rencontré, il y a quelques jours un polype de l'apophyse basilaire qui me paraît être un polype muqueux.

J'ai enlevé ce polype chez un artilleur de 23 ans qui m'avait été adressé de l'Hôpital de Vincennes par un de mes confrères de l'armée, le docteur Boulongne; il empêchait l'air de passer par la narine droite, il laissait la narine gauche à peu près libre; il apparaissait derrière le voile du palais, à droite de la luette, sous la forme d'une tumeur rouge foncé, grosse comme l'extrémité du pouce et dépassant le voile de 2 millimètres environ. Le doigt porté dans le pharynx constatait que la tumeur était dure, très mobile, globulaire, du volume d'un petit œuf de poule, insérée sur la partie antérieure de l'apophyse basilaire par un pédicule large de 2 centimètres, et dirigé de bas en haut et de droite à

(1) Société de chirurgie décembre 1865.

gauche Deux digitations grosses comme une fève, étaient attachées au même pédicule, à gauche, en haut et en avant du lobe principal de la tumeur que le doigt pouvait contourner et qui ne pénétrait pas dans les narines postérieures, mais s'appliquait simplement sur celle du côté droit.

L'ablation fut faite par la ligature extemporanée pratiquée avec un fort cordonnet de soie et un serre-nœud à vis passé par la narine droite. Je ne dirai rien de plus de l'opération, sinon que je suis arrivé en vingt minutes à sectionner le pédicule, et que le patient rendit à peine quelques gouttes de sang qui strièrent les crachats. Aujourd'hui l'opéré est dans l'état le plus satisfaisant ; en relevant le voile du palais avec le manche d'une cuiller pour découvrir la surface basilaire, on n'aperçoit aucun vertige de l'implantation du polype.

L'examen extérieur de ce polype n'apprend rien de plus que ce que l'examen sur place avait révélé : il est gros comme un petit œuf de poule et ressemble assez bien pour sa forme et ses appendices à un cœur de volaille ; sa surface est lisse et blanchâtre dans la portion qui était cachée à la partie supérieure du pharynx, un peu chagrinée et d'un rouge foncé dans la partie qui dépassait le voile du palais. Son pédicule est large de 2 centimètres et épais de moins de 1 centimètre. Le lobe principal ferme et dur au toucher, présente à la coupe une enveloppe fibreuse très-dense, d'un blanc nacré et d'une épaisseur moyenne de deux à trois millimètres, limitant un tissu areolaire et rosé comme celui des polypes muqueux ; les deux petits lobes offrent une structure analogue, quelques foyers apoplectiques du volume d'un grain de millet et paraissant résulter de l'étranglement du pédicule de la tumeur par la ligature se rencontrent immédiatement au-dessous de l'enveloppe fibreuse.

Ce polype est évidemment fibro-muqueux, et cependant il est

développé sur la surface basilaire généralement considérée ainsi que je l'ai dit tout-à-l'heure, comme ne donnant naissance qu'à des polypes fibreux.

Je pense bien que personne n'aurait eu l'idée de recourir, pour enlever cette tumeur, à l'une des opérations, qui en même temps qu'elles ouvrent une large voie aux manœuvres opératoires laissent presque toujours après elles des mutilations plus ou moins graves. Mon seul but est d'attirer aujourd'hui l'attention sur le développement à la base du crâne des polypes autres que les polypes fibreux et sur la possibilité d'enlever ces polypes par une opération très-simple. Lorsqu'ils sont fibro-muqueux et de consistance dure comme celui-ci, le diagnostic de leur nature doit présenter quelques difficultés. Je me suis fondé sur l'absence d'hémorrhagies, si fréquentes dans la simple exploration des polypes fibreux de cette région, sur la régularité de forme et la multiplicité des lobes de la tumeur et le peu de volume du pédicule lui laissant une grande mobilité.

M. Legouest termina sa communication en pressant tous les chirurgiens de publier les observations analogues, pour éviter aux patients les opérations préliminaires très-graves par elles mêmes.

Les événements malheureux qui suivirent devaient retarder jusqu'en 1873 la continuation de cet intéressant débat. A cette époque M. Dumenil de Rouen présenta à la société de chirurgie 4 cas de polypes naso-pharyngiens exécutés à l'aide de la résection du maxillaire. Mais dans un de ces cas, le chirurgien dut avouer que la gravité de l'opération préliminaire n'avait pas été en rapport avec la gravité de la lésion. Croyant avoir affaire à un véritable polype fibreux naso-pharyngien, il était tombé sur un polype fibro muqueux. En même temps M. Trelat vint donner une confirmation complète à l'existence des polypes fibro-muqueux que l'on rencontre dans le pharynx en publiant une observation que

nous donnons ici suivie de la discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie.

Observation. — On m'a amené cette année un jeune homme de dix-sept ans, présentant, en arrière du voile du palais une tumeur que mon doigt ne pouvait circonscrire qu'incomplètement ; j'insistai pour qu'il entrât dans mon service et nous pûmes l'examiner à loisir.

Je trouvai alors derrière le voile du palais une tumeur bilobée d'un centimètre et demi de diamètre qui obéissait avec une grande docilité aux contractions du voile lui-même. Il me fut impossible de déterminer par le toucher son implantation. Au fond de la narine gauche, nous constatons l'existence d'un polype muqueux. Ce signe d'une très-grande importance diagnostique venait du reste se joindre à d'autres signes favorables, à savoir l'absence d'hémorrhagies, de douleur, de dysphagie, en un mot d'une gêne quelque peu notable. Dans une troisième séance qui ne devait être qu'une réserve d'exploration et qui, par le fait, devint définitive, j'introduisis dans le nez une petite tige destinée à conduire et à faire passer en arrière le fil du galvano-cautère. A un moment donné, je sentis le polype étranglé par le fil qui, avec la tige conductrice constituait absolument un serre-nœud. Ne pouvant résister à la tentation d'en finir sur le champ, si cela était possible, j'opérai des tractions et je pus amener d'arrière en avant la totalité de la tumeur qui présentait deux lobes postérieurs et un chapelet muqueux antérieur.

A propos de cette observation M. Duplay dit avoir rencontré trois cas analogues. Voici d'ailleurs le résumé de l'examen de cette tumeur (1) par M. Coyne: « Cette tumeur est mixte, elle est formée de tissu conjonctif dans la partie centrale, et tout autour de tissu

(1) Bulletin Société de chirurgie octobre 1874 page 557.

plus mou, analogue à celui que l'on rencontre dans une muqueuse enflammée.

M. Desprès. — J'ai vu deux polypes des arrières fosses nasales :

Un dans le service de Velpeau ; il avait le volume d'un œuf de pigeon et n'était le siège d'aucune hémorrhagie. Velpeau diagnostiqua un polype naso-pharyngien et l'enleva en deux temps. Il sectionna d'abord avec le serre-nœud toute la partie qui faisait saillie, puis trois jours après, il arracha le pédicule à l'aide de pinces introduites par les narines. — En rapprochant mes souvenirs de la description faite par M. Trelat, je crois bien que c'était un polype muqueux modifié.

L'an dernier j'ai observé sur une femme de soixante-huit ans un polype analogue. Une des narines était oblitérée, et l'on sentait derrière le voile du palais une tumeur bien circonscrite, que je diagnostiquai polype muqueux, éclairé du reste par un petit polype muqueux bien net et visible dans l'autre narine ; je l'extirpai en introduisant le doigt par la partie postérieure, le repoussant en avant et l'arrachant à l'aide de pinces introduites par les narines.

M. Dubrueil. — Je me souviens d'avoir vu dans le service de Jarjavay, une tumeur rétro-palatine en forme de massue que Jarjavay n'hésita pas à considérer comme un polype muqueux et à l'arracher comme il a été dit précédemment.

M. Trelat termina la discussion en disant que depuis une douzaine d'années il y avait eu sans doute de nombreuses erreurs commises.

Des chirurgiens persuadés qu'ils avaient affaire à des polypes fibreux ont dû à cette erreur des succès inespérés.

La publication de ces faits attira l'attention sur l'étude histologique des tumeurs extirpées. En 1874 M. Reclus présentait à la Société anatomique, le polype enlevé par M. Trelat, dans le cas cité plus haut, le considérant surtout au point de vue de la structure.

En décembre de la même année, M. Ory dans un travail lu à la

à la société anatomique, passe en revue toutes les observations publiées par les auteurs avec leur examen histologique. L'auteur tire de la comparaison de ces travaux la conclusion que tous les polypes ayant leur point d'implantation à l'orifice postérieur des fosses nasales renferment en plus ou moins grande quantité des éléments qui les rapprochent en partie des polypes fibreux.

M. Pozzy dit avoir vu dans le service de M. Rochet un polype d'une structure analogue, offrant une certaine quantité de tissu fibreux mélangé à du myxome pur.

Enfin M. Heurteaux dans l'article Polype du nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, reconnaît formellement l'existence de polypes fibro-muqueux dont il cite trois cas observés par lui, nous les retrouverons plus loin.

En résumé on peut établir trois périodes dans l'histoire des polypes fibro-muqueux :

1^{re} période marquée par l'observation de M. Huguier. La discussion portée sur un autre point n'aboutit à rien de net sur la question.

2^e période 1869. Les observations de MM. Dumenil et Legouest, les réflexions de ce dernier chirurgien viennent affirmer nettement l'existence de polypes non fibreux, mais fibro-muqueux rencontrés dans le pharynx.

3^e période 1873-74. Les faits publiés par MM. Trelat, Panas, de St.-Germain, Poyet, etc., le travail anatomique de M. Ory, fixent la question en complétant les lacunes laissées dans son étude.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans la discussion qui eut lieu en 1873 à la Société de chirurgie, à propos d'une communication faite par Trélat sur un cas de naso-pharyngien, Panas donna les résultats de dissections faites par lui en 1858 sur la muqueuse de l'orifice postérieur des fosses nasales.

» J'ai constaté, dit-il, une texture spéciale de la muqueuse qui tapisse l'orifice postérieur des fosses nasales, à savoir l'existence en ce point d'un périoste très-épais formant une espèce de bordure ou d'anneau d'un centimètre de large. Il y a là en quelque sorte une espèce de transition entre la muqueuse rouge et tomenteuse du nez et la fibro-muqueuse dense et très-adhérente aux os qui tapisse les arrière-narines et l'os basilaire de l'occipital.

Il est à noter que non-seulement les parois externe, supérieure et inférieure de l'orifice, mais que la cloison ou le vomer lui-même sont recouverts du stratum fibreux en question. (1).

Ce chirurgien fut conduit à penser que les polypes développés sur cette portion de la muqueuse devaient être différents des polypes intra-nasaux par leur densité.

Sans avoir pu contrôler d'une façon satisfaisante le détail anatomique donné par Panas, nous dirons avec M. Heurteaux (2) que la clinique est venue confirmer ces données.

Siège. — Il est de fait que les polypes analogues à celui que nous avons observé ont une implantation intermédiaire entre celles des polypes muqueux et celle des polypes fibreux. Il ressort de la

(1) Bulletin, Société de chirurgie (Séance du 7 juillet 1873 page 378).

(2) Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. (Art. Polypes)

lecture des cas cités par nous que leur pédicule s'insère sur une région relativement restreinte correspondant à l'anneau décrit.

Le plus souvent cette insertion se fait au niveau du bord postérieur du vomer. D'autres fois c'est à la partie antérieure de l'apophyse basilaire ou au corps du sphénoïde, points très-rapprochés du précédent. Viennent ensuite par ordre de fréquence l'extrémité postérieure des cornets inférieurs et l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde; nous verrons plus tard que ces dernières implantations peuvent influencer sur la nature des troubles fonctionnels causés par la tumeur.

Nombre. — Le polype fibro muqueux de l'arrière cavité des fosses nasales est presque toujours unique, l'observation suivante empruntée à Panas, nous impose cette réserve :

Observation. — Jeune femme de 26 ans entrée à l'hôpital Saint-Antoine en 1868. (1)

Les premiers symptômes de la maladie remontaient à deux ans. Le mal a été en progressant, et deux mois avant l'entrée de cette personne à l'hôpital, elle fut prise de fièvre, de céphalalgie, de gêne considérable de la déglutition et d'une angine assez intense.

Ne pouvant respirer par le nez, la malade tenait la bouche constamment béante. Un fait digne de remarque c'est que l'inspiration se faisait bien plus facilement que l'expiration, laquelle était même tout à fait supprimée à droite. Nous dirons tout-à-l'heure pourquoi.

Dans les narines on n'aperçoit rien, tandis que le doigt porté dans le pharynx par l'arrière-bouche y sentait une tumeur polypeuse, pédiculée, mobile et offrant une consistance assez dure. La voussure du voile du palais était en partie diminuée. La malade n'avait jamais eu d'épistaxis. L'ablation de la masse morbide faite par le même procédé que dans l'opération précédente (section mé-

(1) Bulletin, Société de chirurgie (9 juillet 1873, page 379).

diane du voile du palais et section du pédicule) permit de constater qu'il y avait deux polypes, un gros et l'autre petit. Tous deux s'inséraient par un pédicule sur la cloison, le long du bord postérieur du vomer.

Le gros polype allongé, transversalement et légèrement aplati d'avant en arrière, offrait la forme et le volume d'un gros marron, mesurait 4 centimètres dans son grand diamètre, sur 2 de hauteur et d'épaisseur. Son pédicule long de 1 centimètre n'avait pas plus de huit millimètres de diamètre.

L'extrémité gauche de cette masse, dans l'étendue de un centimètre environ, correspondait à la narine du même côté qu'elle recouvrait comme un couvercle sans y pénétrer. C'était donc là à une tumeur essentiellement pharyngienne que nous avions affaire.

Le petit polype, de la grosseur d'une cerise, né également du vomer par un pédicule filiforme, obstruait complètement l'orifice de la narine droite à chaque expiration, tandis que dans l'inspiration il s'en écartait comme une soupape et laissait l'air pénétrer dans le pharynx,

La couleur des deux polypes était rougeâtre ; leur consistance intermédiaire à celle des polypes fibreux purs et des polypes muqueux ; enfin à la coupe ils laissaient écouler une sérosité assez abondante.

La malade sortit de l'hôpital guérie, lorsque quelques mois plus tard, elle rentrait pour se faire opérer d'une nouvelle petite tumeur développée à la place et avec le volume de celle qui existait dans la narine droite. Même procédé d'extraction, même résultat heureux que dans la première opération, guérison définitive.

Réflexions. — Malgré l'autorité qui s'attache à l'auteur, nous ferons observer que l'on ne trouve indiqués ci-dessus d'une façon nette ni la direction du petit polype, ni son siége d'implantation et sa structure intime. On peut donc dire que l'on rencontre très-rarement deux polypes fibro-muqueux des arrières-narines.

Volume. — Le volume de ces tumeurs est en général assez considérable, il est en rapport d'ailleurs avec le temps qui s'est écoulé depuis le début de l'affection jusqu'au recours à l'intervention chirurgicale. Elles trouvent dans la cavité du pharynx un espace suffisant pour prendre de grandes dimensions avant qu'il en soit résulté une gêne notable. Leur grosseur varie du volume d'une poire à celui d'une noix ou d'une petite figue.

Forme. — Nous n'entendons parler ici que de la portion pharyngienne de la tumeur. Celle-ci est en général lisse, arrondie, quelquefois aplatie transversalement, et inégale à sa partie antérieure. Mais il existe souvent des prolongements dans les fosses nasales proprement dites ; il est à noter que nous ne les rencontrerons dans aucune autre cavité de la fosse, telles que sinus-maxillaire, fosse zygomatique, face temporale.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans la forme de ces polypes c'est qu'ils sont pédiculisés. Les dimensions du pédicule sont en général assez faibles, dépassant très rarement la grosseur du petit doigt pour atteindre deux centimètres sur un centimètre d'épaisseur.

Le polype ainsi suspendu obéit aux lois de la pesanteur, tombe sur la face postérieure du voile du palais qu'il repousse en avant et dont il arrive à dépasser le bord inférieur. A un degré plus avancé il peut aller jusqu'à la base de la langue et du larynx.

— En général la tumeur est *colorée* diversement dans sa partie supérieure et dans la partie qui dépasse le voile du palais, tandis que dans cette dernière elle est rouge violacée, plus haut elle est grisâtre ou jaunâtre, mais ce n'est là qu'un caractère peu important.

La *consistance* des polypes fibro-muqueux est variable, jamais ils ne sont aussi mous que les polypes muqueux des fosses nasales, mais il peut arriver que leur dureté rappelle celle des polypes

fibreux naso pharyngiens. Leur différence de densité dépend de leur structure.

Structure. — La structure des polypes de l'arrière cavité des fosses nasales présente d'assez grandes variétés au point de vue de la distribution des tissus fibreux et muqueux.

Avant de résumer leurs caractères anatomiques, nous donnons d'abord le résultat de l'examen détaillé fait pour plusieurs d'entre eux.

I. Cas de M. Trélat cité plus haut (1).

Examen microscopique par M. Coyne.

Le centre du prolongement pharyngien est occupé par une large bande de tissu conjonctif fibreux assez nettement conservé avec tous ses caractères : vers le sommet cette bande arrive tout-à-fait près de la surface de la tumeur et n'est séparée du revêtement épithélial que par une couche de muqueuse très mince. A ce niveau elle s'étale un peu, de façon à comprendre toute la partie prédominante de la tumeur. Sur les côtés, le tissu fibreux est remplacé par un tissu plus mou dans lequel les éléments arrondis prédominent, de telle sorte que sur les parties latérales, il a presque complètement disparu, ou tout au moins est masqué par des noyaux et des cellules embryonnaires dont l'accumulation est considérable dans la zone superficielle immédiatement au-dessous de la couche épithéliale cylindrique. A ce niveau, les vaisseaux seuls forment des travées qui soutiennent la masse du tissu.

Le revêtement épithélial est formé, sur les côtés, d'épithélium cylindrique très net. Vers la partie proéminente de la tumeur, l'épithélium est formé de couches multiples superposées, composé par des cellules de forme quadrangulaire.

En résumé, dit M. Coyne, cette tumeur est mixte ; elle est formée

1. Bulletin, Société anatomique, 74.

de tissu conjonctif dans la partie centrale, et tout autour de tissu plus mou analogue à celui que l'on rencontre dans une muqueuse enflammée.

II. Cas de M. Labbé 1872 (1).

Examen par M. Coyne.

Examen microscopique. — On distingue trois zones à la coupe.

La première est centrale, formée de tissu conjonctif lamelleux et de fibres élastiques. A ce niveau on trouve des vaisseaux assez volumineux, dont les parois épaissies sont entourées d'une couche fibreuse assez nette. Dans d'autres points de cette zone, on trouve des endroits qui ont subi l'altération muqueuse, les éléments se divisent facilement.

La deuxième zone, plus périphérique, est formée par un tissu conjonctif dont les éléments cellulaires sont plus nombreux qu'à l'état normal, et d'éléments embryonnaires arrondis, les leucocytes y sont nombreux, et les parois des vaisseaux en contiennent un grand nombre.

La troisième zone est formée par la couche superficielle dans laquelle les éléments arrondis masquent complètement le stroma de cette couche. L'épithélium est formé de couches superposées de cellules cylindriques ou quadrangulaires.

III. Cas de M. Trélat 1873 (2)

Examen microscopique de M. Cornil.

Le bord libre de la coupe correspondant à la tumeur est dentelé et présente une série de parties saillantes séparées par de larges dépressions qui se prolongent plus ou moins profondément. Le bord est recouvert par une couche d'épithélium cylindrique formé

(1) Bulletin, Société anatomique 74.

(2) Bulletin, Société anatomique, 1874.

par des cellules très allongées ; à l'état frais on voyait des cils vibratiles. Au-dessous de l'épithélium, couche assez épaisse d'éléments jeunes masquant le tissu fondamental.

Ces petites cellules sphériques, très-abondantes dans la partie superficielle, vont en diminuant de nombre en se rapprochant du centre. Les noyaux sont accumulés autour des vaisseaux très-nombreux dans la partie superficielle, et représentés par des capillaires très-grêles, très-minces et très-fragiles. En se rapprochant du centre, le tissu devient réticulé, mêlé de quelques fibres élastiques, mais dans un grand nombre de points, c'est une modification myxomateuse des éléments de ces parties, caractérisée par des éléments étoilés, fortement colorés par le carmin, et dont les principaux prolongements circonscrivent de grands espaces polygonaux occupés par une substance colloïde à peine teintée par la matière colorante. Dans un point de la tumeur avoisinant le pédicule, au niveau duquel on retrouve de grosses artérioles à parois assez jeunes, on trouve quelques faisceaux de tissu conjonctif, mais c'est le seul point de la tumeur où on rencontre ce tissu. En aucun point de la couche superficielle on n'a pu retrouver trace d'organes glandulaires.

IV. Cas de M. Weiss, 1881.

Examen microscopique par M. Sadler.

L'épithélium sur les coupes pratiquée à différentes hauteurs de la tumeur est nettement délimité du derme sous-jacent, toutefois suivant les points où elles ont été faites on observe tantôt un épithélium analogue à celui du pharynx, présentant des cellules superficielles plates, tantôt on y rencontre les caractères de l'épithélium de la cavité nasale, épithélium cylindrique supportant des cils vibratiles.

Le derme qui constitue pour la plus grande partie les papilles

que l'on rencontre à la surface de la tumeur, est très-riche en éléments cellulaires, La disposition de ces éléments n'a rien de défini; presque partout les cellules partagent les caractères des cellules jeunes. Il est cependant à noter qu'ils affectent différentes formes, se rapprochant ainsi de l'épithélium de la vessie et des uretères.

Le tissu conjonctif plus rare que celui du derme muqueux normal offre comme particularité des vaisseaux considérables notamment au niveau des papilles. A cet endroit on remarque sur presque tous ces canaux sanguins une prolifération cellulaire active dans la tunique externe rappelant par places l'aspect des capillaires jeunes ou de néoformation. Au fur et à mesure que l'on pénètre dans la profondeur de la tumeur, au tissu conjonctif du derme vient se joindre une quantité de fibres élastiques. Ce tissu affecte dans cette partie de la tumeur une disposition nettement réticulée en certains endroits; au niveau des nœuds du réticulum on rencontre des cellules qui ont une forme rameuse. Dans les mailles du tissu les éléments cellulaires sont relativement rares. Les vaisseaux sanguins que l'on rencontre à ce niveau sont beaucoup plus volumineux, plus rares cependant, présentant toutefois les mêmes altérations que ceux du derme. Ce qu'il y a de tout particulier c'est que dans le voisinage de ces vaisseaux on rencontre de vrais globes épithéliaux rappelant tout-à-fait l'aspect des tumeurs à épithéliome perlé.

Le pédicule est constitué presque exclusivement par du tissu élastique qui en pénétrant vers le centre de la tumeur, paraît se dissocier.

Il est probable d'après l'étude histologique que ce polype a eu comme origine le périoste, en raison du réseau élastique que l'on trouve constituer la plus grande partie de la tumeur.

De la lecture des travaux qui précèdent on peut en résumé tirer les conclusions suivantes pour l'anatomie pathologique des polypes de l'arrière cavité des fosses nasales.

1° Le pédicule de ces tumeurs et leur partie supérieure sont presque entièrement formés par du tissu fibreux ; ce tissu paraît en sortant du pédicule s'épanouir dans le polype. Ce fait a été constaté non seulement dans les cas cités plus haut, mais encore dans la plupart des observations que nous avons recueillies. Les dimensions du pédicule sont en général très restreintes.

2° La tumeur est recouverte d'un épithélium ; celui-ci présente en général deux aspects différents : à la partie supérieure il est cylindrique à cils vibratiles, analogue à l'épithélium des cavités nasales ; à la partie inférieure il est semblable à celui du pharynx.

3° Les vaisseaux que l'on rencontre, variables en nombre et en volume, ont des caractères anatomiques communs. Leurs parois sont minces, friables ; ils sont infiltrés d'éléments cellulaires et ressemblent à des capillaires de nouvelle formation.

4° Notons que dans la partie principale de la tumeur, le mélange du tissu élastique et du tissu muqueux ne présente rien de bien défini.

Dans les observations que nous venons de lire, il n'est pas question des prolongements dans la cavité nasale proprement dite.

Chose curieuse ces prolongements sont presque toujours formés de tissu muqueux analogue à celui des polypes du même nom.

Pour expliquer la différence de structure entre la partie principale pharyngienne de la tumeur et ses prolongements nasaux, on a invoqué les causes d'irritation auxquelles la première est soumise. Sans vouloir entrer plus loin dans cette voie nous dirons que la structure du pédicule composé presque uniquement de tissu fibreux ne nous paraît pas favorable à cette manière de voir ; de plus nous verrons que certains polypes soustraits par leur dimension à ces causes d'irritations n'en présentaient pas moins du tissu fibreux.

L'opinion de M. Panas qui rattache la nature de ces polypes à la constitution même du point sur lequel ils prennent leur siège nous paraît plus probable.

ETIOLOGIE



L'étiologie des polypes fibro-muqueux de l'arrière-cavité des fosses nasales est aussi obscure que celle des autres variétés de polypes. Rhumes, corizas, irritations chroniques de la muqueuse sont invoqués à tour de rôle comme causes déterminantes, mais sans raisons certaines.

Ces tumeurs ont été observées à peu près aussi souvent chez la femme que chez l'homme.

C'est de 17 à 25 ans que se trouve leur maximum de fréquence. Les dates extrêmes que nous avons rencontré sont 6 ans et 68 ans. Le premier cas est cité par M. Duménil chez une petite fille, l'opposition des parents ne lui permit pas d'enlever le polype. Le second cas a trait à un vieillard de 68 ans opéré par M. Panas dont nous donnons ici l'observation.

OBSERVATION (1). En 1865 se présentait à moi un vieillard bien portant sec et de haute taille, âgé 68 ans et porteur depuis bientôt trois ans d'un polype qui obstruait la fosse nasale du côté gauche. En examinant par devant, on apercevait au loin un tout petit mamelon rougeâtre. Mais c'est du côté de la bouche que l'examen devenait instructif. La première chose qui frappait était un abaissement du voile du palais, dont la voûte semblait effacée. Le doigt sentait une résistance fibreuse due à une tumeur dure, blanchâtre, fibreuse, pédiculée à sa partie supérieure et qui semblait en continuité de tissu avec le prolongement nasal.

L'extirpation faite par la bouche, comme il sera dit plus bas, me permit d'enlever une tumeur du volume d'une grosse noix, lisse, gobuleuse, d'apparence fibreuse aussi bien à la surface qu'à

(1) Bulletin de la Société de Chirurgie, 1873.

la coupe, sauf pour le prolongement nasal en forme d'appendice pyramidal, dont la consistance rappelait tout à fait un polype muqueux. Il est à remarquer que la masse principale était plus molle au centre qu'à la circonférence, et qu'elle semblait contenir fort peu de vaisseaux.

Le malade n'avait jamais eu d'hémorrhagies, sauf trois fois que des chirurgiens malavisés avaient tenté d'extraire le polype par le nez.

Vu le peu de vascularité de la tumeur, nous en sommes à nous demander si le sang ne provenait pas, bien plus des meurtrissures produites par les tentatives réitérées d'extraction sur la membrane schnéiderienne que de la tumeur elle-même.

Le malade a parfaitement guéri et n'est mort que 6 ans plus tard d'une pneumonie.

L'opération a consisté à fendre le voile du palais sur la ligne médiane, depuis le bord postérieur du palais osseux, jusqu'à la base de la luette exclusivement.

La torsion combinée à la section du pédicule par de longs ciseaux courbés sur le plat a suffi pour enlever la tumeur sans nulle crainte d'hémorrhagie ou de récurrence sur place.

SYMPTOMES

Nous avons déjà parlé plus haut des symptômes physiques que présentent les polypes des arrière-fosses nasales, forme, volume, couleur, consistance, point d'implantation du pédicule. L'existence du pédicule et le lieu de son insertion sont en quelque sorte, comme on a pu le voir par ce qui précède, le symptôme caractéristique de ces tumeurs.

Tous les procédés d'exploration habituels et en particulier l'examen rhinoscopique sont d'une grande utilité, mais la vue et le doigt permettent le plus souvent de se rendre un compte exact de la nature et des dimensions de la tumeur. L'examen devra porter en même temps sur les cavités nasales et sur la cavité pharyngienne. Du côté du nez il peut y avoir en effet des prolongements de la tumeur du pharynx.

Le voile du palais est abaissé, sa voûte est effacée, dans certains cas même il devient vertical ; le doigt porté dans la cavité pharyngienne constate que la voûte basilaire est libre de toute adhérence, et suit les contours de la tumeur arrivant jusqu'au pédicule dont il détermine la grosseur et l'insertion. En aucun cas le développement des polypes fibro-muqueux n'a amené de déformation de la face.

A ces symptômes viennent s'ajouter des troubles fonctionnels plus ou moins graves, mais il est à noter que tous ces troubles dépendent presque exclusivement du volume de la tumeur.

Nous ne retrouvons pas ici les douleurs de tête intolérables qui affectent si fortement les malades atteints de polypes fibreux nasopharyngiens. Par eux-mêmes les polypes fibro-muqueux sont in-

dolents, c'est à peine s'ils occasionnent un sentiment de pesanteur ou une sensation de gêne dus au poids et au volume de la tumeur et une sensation de corps étranger dans l'arrière gorge.

Ce qui attire en premier l'attention du malade, ce sont les troubles de la phonation, et de la respiration. Le voile du palais étant refoulé par la tumeur, les narines obstruées, la voix devient obscure, nasonnée. La respiration par la bouche reste seule possible parfois. Il se produit, dans ce cas, un ronflement nocturne très accentué ; une sécheresse de la gorge qui produit une soif intense. Si la tumeur dépasse de beaucoup les limites du voile du palais et tombe jusque sur la base de la langue, il pourra y avoir une grande difficulté de la parole et même une aphonie complète mais intermittente.

Remarquons cependant que tous ces troubles peuvent faire défaut, bien que le polype ait pris d'assez grandes dimensions, quand l'orifice postérieur des fosses nasales reste libre, le développement se faisant dans la cavité pharyngienne. De plus, ces troubles de la respiration et de la phonation peuvent être intermittents, car le polype s'écarte parfois de l'orifice qu'il obstruait pour y revenir plus tard. D'autres fois il remonte vers la base du crâne et laisse plus de liberté à la respiration buccale.

Le changement des rapports anatomiques du voile du palais et la présence d'un corps étranger dans le pharynx influent d'une manière aussi fâcheuse sur la déglutition que sur la respiration. Le malade ressent d'abord une simple gêne au moment du passage des aliments, mais cette gêne peut aller jusqu'à une véritable dysphagie. Il est des cas où les boissons reviennent par le nez et où la tumeur produit à chaque mouvement de déglutition une espèce d'étranglement.

Nous verrons plus loin dans une observation de M. Gosselin des troubles fonctionnels encore plus graves. Le polype dans ce cas,

très volumineux descendait jusqu'à la base de la langue et jusqu'à l'orifice supérieur du larynx qu'il chatouillait désagréablement. De là étaient résultés une toux spasmodique et des envies de vomir. Il est rare que l'intervention chirurgicale ne soit pas réclamée avant que les choses en soient arrivées à ce point.

Le goût et l'ouïe restent intacts, on a constaté dans certains cas une légère surdité unilatérale, tenant au point d'implantation de la tumeur. L'odorat subsiste tant que la tumeur n'obstrue pas complètement l'orifice postérieur des fosses nasales.

L'établissement d'un écoulement séreux par le nez est très rare, il coïncide probablement avec un polype muqueux de la cavité nasale.

Jamais dans le cas de polypes fibro-muqueux des arrière-narines, nous ne rencontrons de ces hémorrhagies qui par leur abondance et leur fréquence amènent à une anémie si profonde les malades atteints de polypes fibreux naso-pharyngiens. C'est à peine si des explorations répétées, faites sans ménagement, si l'enlèvement même de la tumeur fait perdre un demi-verre de sang au patient.

Il ressort de l'exposé que nous venons de faire que, malgré les grandes dimensions que les polypes fibro-muqueux atteignent dans certains cas, leurs symptômes fonctionnels sont relativement bénins. L'état général du malade n'est jamais gravement compromis et n'était la gêne de la respiration et de la phonation et l'inquiétude qu'elles lui causent, il hésiterait longtemps avant d'avoir recours à l'art.

Nous donnons dans les pages suivantes la relation des cas de polypes fibro-muqueux que nous avons recueillis, les classant autant que possible par ordre de gravité de symptômes et faisant ressortir ce que chacun représente de particulier.

1° OBSERVATION DE M. WEISS. — HOPITAL SAINT-LÉON. 1881. —

Le 29 août dernier entraît dans mon service à l'hôpital St-Léon de Nancy une jeune fille, Augusta G... âgée de 10 ans, sous la rubrique de fibrôme naso-pharyngien.

D'une santé habituellement robuste, cette enfant se plaignait depuis quelques mois d'une certaine difficulté de la déglutition, en même temps qu'elle accusait une sensation de corps étranger au niveau de l'arrière-gorge. C'est à cela que s'étaient bornés tous les troubles fonctionnels qu'elle avait éprouvés, car jamais la respiration normale n'avait été gênée, l'ouïe était toujours restée intacte et à aucun moment elle n'avait eu d'hémorrhagie ni d'écoulement d'aucune sorte. Aussi ne fus-je pas médiocrement surpris, en examinant le pharynx de constater en arrière et en dessous du voile du palais, une tumeur considérable, remplissant d'une part toute l'arrière-cavité des fosses nasales et s'étendant de l'autre jusque vers la base de la langue et l'épiglotte qu'elle venait impressionner désagréablement pendant les mouvements de déglutition. Elle était pyriforme, très mobile et nettement pédiculée.

Le doigt introduit derrière le voile du palais permettait de circonscrire la base du néoplasme, de constater le point d'implantation sur la voûte basilaire, au niveau du bord postérieur du vomer. La consistance de cette tumeur était molle et ne donnait en aucune façon l'idée de la texture habituelle des fibromes naso-pharyngiens ; la couleur n'était pas davantage celle de cette dernière variété de néoplasmes ; elle était d'un gris blanchâtre sans arborisations qui pussent faire croire à une tumeur pourvue de nombreux vaisseaux.

La recherche des troubles fonctionnels venait confirmer tous les renseignements qui m'avaient été donnés sur la marche de la maladie. En dehors d'une certaine gêne de la déglutition, cette jeune fille ne présentait aucun symptôme anormal, ni du côté de l'ouïe qui était intacte, ni du côté des fosses nasales demeurées

parfaitement perméables, enfin la face n'offrait aucune déformation.

En présence de ces signes je rejetai l'hypothèse d'un fibrôme naso-pharyngien, dont la tumeur de cette jeune fille ne présentait aucun des caractères et je songeai à la possibilité d'un myxôme développé anormalement au niveau de la voûte basilaire. La présence d'un pédicule allongé, la consistance et la coloration du néoplasme, l'absence de troubles fonctionnels sérieux, tout me me portait à croire qu'il s'agissait d'une de ces tumeurs si fréquentes dans les fosses nasales, quoique excessivement rares dans la cavité pharyngienne. Ce qui venait encore me confirmer dans cette idée c'était que je j'avais affaire à une jeune fille ; or tous les auteurs affirment que les fibrômes naso-pharyngiens se rencontrent presque exclusivement, sinon toujours chez les individus du sexe masculin. Je me ralliai donc à ce diagnostic que l'examen histologique devait pleinement confirmer.

Il restait à décider par quel procédé je débarrasserais ma malade de cette tumeur qui ne laissait pas que d'être gênante pour elle et inquiétait vivement ses parents. Fallait-il employer une méthode complexe, faire une opération préliminaire, pour pouvoir aborder aisément le point d'implantation de la tumeur ? Etant données les connaissances actuelles sur l'évolution des myxômes des fosses nasales, je crus pouvoir l'enlever sans entamer le voile du palais, ce qui est la voie la plus naturelle, et je procédai à l'opération de la façon suivante :

J'endormis l'enfant et la plaçai dans la position de Rose, qui donne à la fois une grande sécurité et une facilité extrême pour l'ablation des tumeurs de la gorge. Cela fait j'introduisis par la narine droite (le polype paraissait implanté un peu à droite de la ligne médiane) une anse de fil de fer, malléable bien que très résistante, et que j'avais d'abord aplatie pour en permettre l'introduction. Avec la plus grande facilité je pus faire arriver l'extré-

mité de cette anse jusqu'au dessous du voile du palais, et après l'avoir attiré dans la cavité buccale, écarter l'un de l'autre les deux fils qui la constituaient, de façon à leur donner un peu plus que les dimensions supposées de la tumeur. Il me suffit ensuite de la porter en arrière avec les deux doigts, et de la faire passer derrière la tumeur, pour la voir glisser, tout naturellement, jusqu'au pédicule, que je me mis en devoir de sectionner avec un serre-nœud de petit calibre, susceptible de pénétrer en travers de la narine d'une enfant de 10 ans. Ayant attaché, à cet effet, les deux chefs nasaux du fil-de-fer, à un modèle approprié, j'opérai la section qui fut très rapide et absolument exsangue. Au moment de terminer, je saisis la tumeur avec une pince à griffes, pour qu'elle ne pût m'échapper, et, le polype une fois détaché par la voie nasale, je le retirai à travers la cavité buccale. Toute l'opération, chloroformisation comprise, avait à peine duré un quart d'heure. Avant de réveiller la jeune fille, je m'assurai que tout avait été bien enlevé, en portant le doigt derrière le voile du palais et en explorant le point d'implantation du néoplasme ; aucune ondulation suspecte ne s'y laissait sentir ; la muqueuse avait sa consistance normale au niveau même où le polype était inséré. Par mesure de précaution, je bourrai l'arrière-gorge avec des bourdonnets de charpie, imbibés d'une solution de chlorure de zinc au 1/10, et ne les retirai qu'au bout de trois heures, à l'aide de fils que j'avais ramenés par la bouche.

Les suites de l'opération furent aussi simples que possible ; dès le lendemain, la jeune fille se levait, elle n'éprouvait aucune douleur ni aucun autre symptôme morbide, c'est-à-peine, si les jours suivants je pus constater, au niveau de l'arrière-gorge un léger écoulement muco-purulent, que je traitai, par acquit de conscience par des injections antiseptiques dans les fosses nasales. Au bout de huit jours, les parents de cette enfant l'emmenèrent complète-

ment guérie, en promettant de me la ramener à la moindre alerte. J'ai eu de ses nouvelles depuis lors ; la guérison paraît s'être absolument maintenue.

Nous avons donné dans le chapitre intitulé « Anatomie pathologique » le résultat de l'examen histologique de cette tumeur composée en grande partie de tissu élastique mélangé à des éléments cellulaires analogues à ceux que l'on rencontre dans les polypes muqueux des fosses nasales. Les dimensions de la tumeur étaient celles d'un gros œuf de poule, elle était supportée par un pédicule plus mince que le petit doigt et ne présentait aucun prolongement.

Cette observation peut-être regardée comme type des polypes fibro-muqueux implantés à l'orifice postérieur des fosses nasales. L'âge et le sexe de l'enfant, la bénignité des symptômes, la facilité et l'innocuité de l'extirpation de la tumeur ne se montrent nulle part mieux que dans ce cas. Nous aurons à parler plus loin du traitement employé.

OBSERVATION DE M G. POYET. (1) — Le 3 octobre Mme K. âgée de 23 ans lingère se présente à la consultation du Dr Ch. Fauvel.

Cette malade se plaint d'une grande sécheresse de la gorge et de ne pouvoir respirer par le nez. La respiration qui, jour et nuit, se fait par la bouche, entretient la sécheresse de tout le pharynx.

Voici les renseignements donnés par la malade : Il y a huit mois environ elle contracta un rhume assez intense, pendant la durée duquel la respiration par le nez fut complètement interrompue. Elle se rétablit bientôt du côté droit mais non du côté gauche. Un mois plus tard, sans nouveau rhume, le côté droit du nez se bouche à son tour et à partir de ce moment Mme K. fut obligée de respirer la bouche ouverte.

Dès le début de l'affection, la voix devint nasonnée. Le nasonnement augmenta progressivement d'intensité et aujourd'hui il est

(1) Bulletin de la Société anatomique, 1874.

très-marqué. Le soir la voix se couvre et la malade ne peut parler qu'en chuchotant.

Elle se plaint aussi de douleurs d'oreilles principalement du côté gauche et d'un sentiment de pesanteur dans toute la région de la face.

L'après-midi elle a des maux de tête plus ou moins intenses qui n'apparaissent qu'après qu'elle a mangé.

La déglutition se fait normalement mais il n'en a pas été toujours ainsi. A la suite de son rhume, elle remarqua que les liquides lui revenaient souvent par le nez, sans qu'elle pût en trouver la cause.

Plus tard c'est-à-dire lorsqu'elle ne pût plus respirer par le nez, la déglutition se fit normalement.

L'audition est restée parfaitement nette.

L'odorat au contraire, est parfaitement aboli mais seulement depuis que l'air ne passe plus par les fosses nasales. Le goût est parfaitement intact, et la malade reconnaît facilement différentes liqueurs.

Ces symptômes déterminèrent la malade à aller consulter à l'hôpital Lariboisière. Larhinoscopie antérieure pratiquée ne montra absolument rien.

La malade fut congédiée avec ordonnance de se gargariser tout simplement avec une solution de chlorate de potasse.

Ce traitement n'ayant amené aucun résultat, et la sécheresse et la gêne de la parole, le soir, augmentant de plus en plus, elle consulta le D^r Ch. Fauvel.

A l'examen du pharynx, on trouve la paroi postérieure très-sèche. Le voile du palais est légèrement repoussé en avant et un assez grand espace le sépare de la paroi postérieure du pharynx.

Les mouvements d'élévation sont à peu près complètement abolis. La sensibilité est presque nulle.

Ces différentes particularités rendent l'examen rhinoscopique très-facile.

Le miroir montra une tumeur arrondie, lisse, d'apparence gélatineuse, paraissant être du volume d'un fort marron, dont il est impossible de voir le point d'insertion. Cette tumeur qui obstrue toute l'arrière-cavité des fosses nasales, repousse le voile du palais et empêche de voir la cloison et les cornets.

Elle paraît être complètement insensible, et à part le sentiment de pesanteur dont nous avons parlé, n'éveille chez la malade aucune sensation de corps étranger.

Le doigt, introduit derrière le voile du palais, permet de constater que la tumeur est immobile et qu'elle n'a pas été développée aux dépens du voile du palais. On ne peut atteindre le point d'implantation.

Dès ce premier jour, avec les pinces ordinaires à polypes des fosses nasales, qui sont légèrement recourbées, M. Fauvel enlève un morceau de la tumeur de la grosseur d'une fève. Pour faire cet arrachement, le miroir rhinoscopique a servi de guide à l'opérateur qui a introduit les pinces derrière le voile du palais. Malheureusement, l'extrémité de l'instrument n'est pas assez recourbée pour atteindre parfaitement la tumeur, celle-ci n'a pu être saisie que par sa portion la plus inférieure, qui a cédé à l'effort de traction.

L'arrachement n'a déterminé aucune douleur et n'amène qu'un écoulement de sang insignifiant. Il semble à la malade qu'elle est un peu soulagée,

Après plusieurs tentatives infructueuses renouvelées les jours suivants, M. Fauvel fait construire par Mathieu des pinces spéciales. Ces pinces présentent à leur portion antérieure des cuillers à mors analogues à ceux des pinces avec lesquelles on saisit et on maintient les kystes de l'ovaire pendant l'ovariotomie. De plus la

portion antérieure de l'instrument est recourbée à angle droit, ce qui permet de l'introduire facilement derrière le voile du palais pour arriver jusque sur le polype.

C'est avec ces pinces que le 29 octobre M. Fauvel arracha en entier la tumeur que j'ai l'honneur de présenter à la Société.

Voici comment l'opération est pratiquée.

Un aide déprimant fortement la langue de la malade avec un abaisse-langue coudé à angle droit, le miroir rhinoscopique est introduit et sert de conducteur à la pince que l'opérateur tient de la main droite. Une première tentative est rendue infructueuse par un mouvement intempestif de la malade.

A la deuxième tentative la tumeur est saisie dans son cinquième inférieur environ. Des mouvements de latéralité, combinés avec l'effort de traction en bas et en avant, la détachent et elle est ramenée dans son entier. Elle est de la grosseur d'un œuf de poule, arrondie et sans bosselures dans ses trois quarts antérieurs environ, elle est au contraire très-inégalement bosselée dans son quart postérieur, qui paraît être moulé sur les cornets ; tout à fait à sa partie postérieure on trouve un pédicule de la grosseur d'une plume d'oie. Par ce pédicule s'écoulent quelques gouttes de sang et un liquide séreux analogue à celui qui s'échappe des polypes vésiculeux de la portion antérieure des fosses nasales. D'ailleurs la tumeur ressemble beaucoup à ce genre de polypes. Comme eux elle est transparente, d'un jaune clair légèrement rosé, et elle a la même consistance.

Son arrachement n'a occasionné aucune douleur à la malade qui de suite ressent un soulagement considérable. La voix perd de suite son timbre nasonné et la respiration nasale se rétablit immédiatement, ainsi que l'odorat. L'écoulement de sang est très-modéré.

Au rhinoscope, on voit alors que la tumeur était insérée sur la portion la plus postérieure du cornet inférieur gauche.

L'examen microscopique de la tumeur fait par notre collègue M. Duret, nous a appris que c'était un polype muqueux présentant ceci de particulier, qu'il contient une assez forte proportion de tissu fibreux. L'absence complète de glandes est aussi à noter.

Réflexions. — L'auteur de l'observation lui donne comme titre polype muqueux de l'arrière-cavité des fosses nasales. Nous nous sommes permis de le ranger dans les polypes fibro-muqueux, autorisé par le résultat de l'examen microscopique et par ses caractères cliniques. Nous trouvons bien là en effet un mélange des deux tissus, tel que nous l'avons rencontré dans les observations déjà citées surtout dans l'observation de M. Panas. (1).

Dans le cas de M. Fauvel plusieurs faits méritent d'attirer l'attention. La malade s'est plaint de douleurs d'oreilles, principalement du côté gauche et de plus d'un sentiment de pesanteur dans toute la face. Cependant il n'y a pas eu de troubles de l'audition ni de déformation du visage. Remarquons aussi l'influence exercée par le polype sur la voix de la malade qui ne peut parler le soir qu'en chuchotant. Le point d'insertion de la tumeur (cornet inférieur gauche), son volume considérable ne permettent-ils pas d'expliquer ces troubles fonctionnels. Il nous paraît probable que la première de ces causes agit surtout. En effet la tumeur dont le pédicule se trouve placé à la partie la plus basse de l'orifice postérieur des fosses nasales, a atteint plus rapidement les parties inférieures du pharynx et en se développant a mis un obstacle plusconsidérable à la circulation aérienne au sortir du larynx. La lecture de l'observation suivante nous a encore confirmé dans cette opinion. Le polype opéré par M. Gosselin était implanté dans un point symétrique (cornet inférieur droit) et nous voyons les mêmes troubles de la phonation, aggravés encore par une action directe sur le larynx.

(1) Voir Anatomie pathologique.

Observation d'un polype muqueux naso-pharyngien implanté sur la partie postérieure et externe de la fosse nasale droite et opéré par arrachement

Recueilli par Félizet (Gazette des hopitaux 1866, page 453).

Cléophas Th. garçon de salle âgé de 22 ans, né à Plessy-Gadblé (Aube), se présente à la consultation de M. Gosselin le 7 septembre 1866 pour une masse polypeuse qui occupe les parties supérieure et moyenne du pharynx, et repousse fortement en avant le voile du palais.

Il est admis à l'hôpital et couché au n° 27 de la salle St-Louis. C'est un jeune homme de petite taille, peu musclé, blond pâle, et d'une apparence lymphatique. Il ne fume jamais et n'a jamais eu de syphilis. Il se rappelle avoir eu dans son enfance des coryza répétés qui duraient trois ou quatre jours, et qui se terminaient parfois par un léger épistaxis.

Au mois de novembre 1864, il acceptait une place de garçon dans un hôtel de Blidah, et gagnait dans la traversée, un enchifrènement qui dura plusieurs semaines. Il eut de fréquents rhumes de cerveau. Dans les intervalles sa gorge était constamment sèche et il commença à ronfler avec bruit.

Deux mois après son arrivée à Blidah, janvier 1865, il fut réveillé une nuit par une envie d'éternuer violente. Pendant ses efforts, il sentit une petite grosseur, du volume d'une noisette, glisser derrière le voile du palais et se poser sur la base de la langue en provoquant des nausées. Ses doigts la saisirent, mais ne purent l'attirer dehors. Un verre d'eau la fit disparaître. Le malade ne croit pas l'avoir avalé, il sentit, selon son expression, qu'elle était montée. A partir de cette époque, la fosse nasale droite reste bouchée, les ronflements nocturnes redoublent, la crise devient nasonnante et on put observer un reniflement continu.

Quand le malade quitta l'Algérie en avril 1865, pour aller à Li-

sieux tous ces symptômes s'étaient aggravés. La déglutition commençait à être gênée, les aliments épicés, les liqueurs, le cidre, provoquaient des accès de toux. Du reste, il ne pouvait manger que lentement et par petites bouchées. Les grosses bouchées ne passaient qu'avec un effort, en plusieurs temps.

Il put remarquer alors que son voile du palais était plus porté en avant que par le passé. Quand il toussait, il apercevait la petite grosseur d'autrefois qui, plus volumineuse, dépassait d'un centimètre environ le bout libre du voile à droite et venait chatouiller la base de la langue. Elle était alors rosée et luisante et semblait flotter dans le pharynx. Elle augmenta rapidement de volume, la déglutition devint plus embarrassée. La grosseur, serrée entre la partie postérieure du pharynx et la face supérieure du voile du palais, lui donnait la sensation d'un gros corps étranger arrêté dans la gorge. Le malade la saisissait sans la circonscrire, et provoquait, en essayant de l'arracher, une douleur qui s'irradiait jusqu'à l'orbite droite et occasionnait du larmolement.

Il devint à cette époque, légèrement sourd à droite.

Au mois de juin 1866, il revint à Paris, le timbre de sa voix était constamment voilé. Il s'étranglait facilement en mangeant, il était réveillé la nuit par une soif intense, par des nausées ou des accès de toux.

Dans un accès de ce genre, survenu pendant la nuit du 1^{er} septembre, la tumeur, vivement chassée en avant, fut prise entre la base de la langue et le bord libre du voile du palais. Le malade la saisit avec les doigts et la tira fortement. Il ne parvint pas à l'arracher et rendit par la bouche un demi-verre de sang environ. Le polype rentra avec un verre d'eau.

Six jours après le malade entra à l'hôpital. Voici dans quel état on le trouve le lendemain de son admission.

Quand il ouvre la bouche on constate que le voile du palais, re-

poussé en avant dans sa totalité, constitue à droite un plan vertical. Au-dessous du bord libre, et presque derrière la base de la langue, on voit une grosse masse blanche, rosée, arrondie et luisante, dont l'œil n'aperçoit pas les limites inférieures et qui descend verticalement quand le malade tire la langue. En introduisant le doigt dans la bouche M. Gosselin constate que la tumeur est parfaitement libre en bas et sur les côtés, et que, suspendue dans les régions moyenne et inférieure du pharynx, elle s'arrête à droite tout près de l'orifice du larynx.

Reportant immédiatement son doigt au-dessus du voile du palais, il reconnaît que la région supérieure ou sus-palatine du pharynx est remplie par un prolongement de la même tumeur. Il observe alors de la façon la plus nette que le polype, outre un lobe volumineux de la partie sus-palatine du pharynx, possède deux autres lobes qui pénètrent l'un dans la fosse nasale droite, l'autre dans la fosse gauche. L'étranglement qui les sépare repose sur le bord postérieur du vomer. Il n'y adhère pas, car le doigt peut déplacer chacun de ces lobes et pénétrer successivement, en les refoulant, dans les orifices postérieurs des cavités nasales. Il s'agissait maintenant de déterminer la nature de la tumeur et de reconnaître quels en étaient l'étendue, la consistance et le siège de son implantation.

M. Gosselin pour ne point fatiguer le malade remit l'exploration au lendemain,

Le 8 septembre, en effet, après s'être assuré de nouveau que le lobe inférieur du polype est mobile et peut même être ramené au-dessus de la base de la langue, non loin des arcades dentaires, M. Gosselin rechercha le siège de l'implantation.

L'âge du malade, la consistance assez ferme de la tumeur, l'apparence nacrée qu'elle présentait, sa situation naso-pharyngienne lui avaient fait supposer tout d'abord qu'il s'agissait d'un polype

fibreux du genre de ceux dont l'histoire a été si bien faite par M. Nelaton. Ce fut dans cette pensée qu'il porta le doigt aussi haut que possible dans la région postérieure du pharynx, explora attentivement la surface basilaire de l'occipital, et le corps du sphénoïde. Aucun prolongement ne s'étendait de ce côté. Mais en touchant le lobe droit M. Gosselin crut sentir un pédicule peu volumineux qui s'implantait dans la fosse nasale droite, au voisinage de l'orifice postérieur de cette cavité.

Ce point nettement déterminé constituait dès lors un motif suffisant pour éloigner l'idée d'un polype fibreux ordinaire, car ceux de cette espèce s'implantent presque toujours comme on le sait à la base du crâne et non sur les parois de la fosse nasale. S'agissait-il donc d'un polype fibreux insolite, implanté par un pédicule étroit dans la fosse nasale, ou d'un polype insolite, en partie fibreux, en partie muqueux, d'un polype fibro-muqueux en un mot. M. Gosselin réserva cette partie du diagnostic pour la dernière séance d'exploration, qui devait être en même temps celle du traitement chirurgical.

Le 10 septembre le malade est amené à l'amphithéâtre. Tout est préparé pour pratiquer, soit une opération simple, soit une opération composée, suivant les résultats de la nouvelle exploration que va faire le chirurgien déjà renseigné sur plusieurs points importants.

Un gros fil de soie est préalablement passé à travers le lobe pharyngo-buccal, afin d'empêcher la chute de la tumeur sur le larynx.

Le doigt conduit le long du pédicule, fait reconnaître mieux que jamais trois choses importantes à savoir :

1° Que le pédicule pénètre dans la fosse nasale sur la paroi externe de laquelle il s'insère au voisinage de l'extrémité postérieure du cornet inférieur.

2° Qu'il est mince et ne dépasse pas le calibre d'une sonde urétrale du n° 20.

3° Qu'il est peu consistant, M. Gosselin, en effet, en le grattant avec l'ongle, sent qu'il se déchire. Il croit un moment que cette manœuvre va suffire, mais le malade ne peut supporter assez longtemps le séjour du doigt dans l'arrière-gorge, pour que la déchirure puisse être menée à bonne fin.

Certain dès lors que le pédicule est assez mou pour céder à des tractions modérées et qu'il est trop mince pour donner lieu à une hémorrhagie importante, M. Gosselin renonce à toute opération préliminaire. Il introduit une pince à polype dans la fosse nasale droite et la guide au moyen de l'index de la main gauche placé au-dessus du voile de palais.

Le pédicule est saisi d'emblée entre les mors de la pince aussi près que possible de son insertion.

Quelques tractions, combinées avec de légers mouvements de rotation, le détachent, et la tumeur { beaucoup trop volumineuse pour pouvoir sortir par le nez est attirée au dehors par la bouche, au moyen du fil de soie. Reportant alors le doigt indicateur de la main droite sur la partie externe des fosses nasales, M. Gosselin reconnaît que le point d'implantation est complètement dégagé et ne présente plus aucune trace de la tumeur.

Le polype, examiné après l'opération, constitue une tumeur unique pourvue d'un pédicule long de un centimètre environ, et qui atteint à peine le volume du petit doigt ou le calibre d'une sonde n° 20 ainsi que la deuxième exploration l'avait fait reconnaître nettement à M. Gosselin. La tumeur à été esquissée immédiatement par M. Cotard interne à la Pitié. On distingue trois portions ou trois lobes de volume inégal. Le lobe droit, lobe externe, a la forme, et les dimensions d'une petite poire d'Angleterre, suspendue dans le pharynx au-dessus et en arrière du voile du palais, re-

foulé en avant ; le lobe moyen, gros comme une petite chataigne, occupait l'orifice postérieur de la cavité nasale droite, sans y adhérer ; le lobe gauche, plus allongé transversalement passait à cheval sur le bord postérieur de la cloison et s'avavançait dans la fosse nasale du côté gauche.

Sur la face postérieure du lobe gauche, on trouve quelques plaques ecchymotiques.

A la coupe les trois lobes présentent l'aspect gélatineux, tremblotant, grisâtre, dépourvu de vaisseaux sanguins que nous connaissons aux polypes muqueux.

L'œil ne découvre nulle part aucun amas de tissu fibreux, et ne trouve de tissu conjonctif que sous forme de mailles minces, entre lesquelles est déposée la matière gélatineuse, caractéristique des polypes muqueux.

L'examen microscopique fait avec le plus grand soin par M. Terrier interne du service et par M. Legros, donne les résultats suivants : Une coupe pratiquée sur le lobe inférieur ou pharyngien laisse voir des stries de fibre lamineuses et des corps fusiformes au milieu d'une masse de substance amorphe, dans laquelle on observe un grand nombre de leucocytes. La surface de ce lobe est revêtue par une enveloppe d'épithélium pavimenteux, analogue à celui de la cavité buccale,

La structure des lobes supérieurs ou nasaux est identique, toutefois la substance fibreuse s'est d'autant plus développée qu'on se rapproche du pédicule du polype ; la substance amorphe y manque presque complètement. Sur quelques points isolés M. Legros a observé des cellules prismatiques munies de quelques cils analogues à ceux de la cavité nasale.

Cette observation nous offre le tableau des troubles les plus graves qui puissent survenir chez les malades atteints de polype fibro-muqueux des arrières-narines, car nous n'hésitons pas à

appeler ainsi le polype enlevé par M. Gesselin, malgré le titre donné plus haut. Les caractères cliniques de la tumeur et sa structure nous y autorisent. Comme dans le cas précédent, les troubles de la respiration et de la phonation sont grands, mais ce qu'il y a de plus remarquable, ce sont les accès de toux qui surviennent quand la tumeur s'abaisse vers le larynx et la difficulté extrême de la déglutition. L'indolence de ces polypes et le peu de gravité des hémorrhagies même dans les tentatives les plus brutales faites pour les arracher par le malade lui-même, sont mises en évidence ici; en tirant fortement sur la tumeur, le malade perdit à peine un demi-verre de sang.

Nous trouvons dans l'article Polype du nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques trois cas de polypes fibro-muqueux de l'arrière-cavité des fosses nasales observés par M. Heurteaux.

1° Chez un jeune homme de 17 ans, le polype était implanté à la paroi supérieure du pharynx, sur la ligne médiane tout près de l'orifice postérieur des fosses nasales. Le début remontait à deux ans. La tumeur avait sept centimètres et demi de longueur, sur deux centimètres et demi de largeur; elle était ovoïde, un peu aplatie d'avant en arrière.

2° Le second fait est relatif à une fille de 21 ans, dont la tumeur s'insérait à l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde droite. Le polype paraissait avoir débuté sept ans auparavant, car à cette époque la narine droite n'était pas libre. Depuis un an, il y avait une gêne plus prononcée dans la gorge, aphonie, dysphagie, nausées fréquentes; mais la narine était redevenue libre. Jamais d'épistaxis, point de maux de tête, si ce n'est à l'époque où la narine était bouchée.

3° Enfin une jeune fille de 17 ans présenta une tumeur semblable, qui s'attachait, par un pédicule assez étroit, à l'orifice postérieur

des fosses nasales. Le polype avait le volume et la forme d'une petite figue ; il descendait assez dans le pharynx pour apparaître au-dessous du voile du palais, et il dépassait le bord libre de de deux centimètres environ ; la tumeur était lisse, d'une teinte rosée, peu dure au toucher, très mobile.

Dans les trois cas, j'ai fait la section du pédicule, le plus près possible de son insertion, avec le serre-nœud de Graëfe, introduit par une narine ; je n'ai pas entendu dire que les tumeurs aient récidivé ; les productions avaient toutes trois une structure identique, et se composaient d'un tissu fibro-muqueux, d'autant plus dense qu'il se rapprochait du pédicule.

Le second fait, rapporté par M. Heurteaux, se rapproche sous beaucoup de rapports, de l'observation précédente de M. Gosselin par la gravité relative des symptômes qu'a présenté la malade ; il est à regretter que l'auteur n'ait pas donné de plus longs détails sur le lieu d'implantation de la tumeur, ses symptômes et sa structure.

Observations de M. Achille Bonnes de Nîmes

(Bulletin Société de chirurgie 1869 p. 342.)

Au mois de février 1869 M^{me} A... âgé de 25 ans vint consulter pour la première fois M. Achille Bonnes. Elle raconta que depuis plusieurs années elle parlait du nez et dormait la bouche ouverte et qu'elle éprouvait souvent le besoin d'avaler. Au mois de juin 68 la malade rendit, à plusieurs reprises des caillots de sang. On crut que cela venait de la poitrine. A cette époque un médecin fut consulté. Il constata un polype du nez qu'il cautérisa sans succès plusieurs semaines avec un crayon de nitrate d'argent M^{me} A.. a une bonne constitution, mais elle est très nerveuse. Elle a été hystérique à l'âge de 14 ans. Le chirurgien constata dans la narine droite une excroissance située à environ deux centimètres de profondeur ; la gauche était libre. La respiration était presque im-

possible par le nez, la narine gauche permettait encore cependant le passage d'un peu d'air.

Le voile du palais était refoulé en bas et le polype, du volume d'un gros pois à son extrémité libre, apparaissait seulement en arrière pendant l'inspiration. Le toucher permit ici à M. Bonnes de constater que la tumeur qui refoulait le voile du palais était implantée à la base du crâne et il lui était facile d'en circonscrire la base d'implantation.

M. Bonnes décrit ici un instrument imaginé pour l'extirpation du polype. Il consiste en un ongle d'acier appliqué par-dessus l'ongle naturel.

C'est le 11 mars de cette année que M. Bonnes à l'aide de son instrument pratique sur la malade l'extirpation du polype. Il lui releva le voile du palais au moyen de la sonde de Beloc, puis il commença les tentatives d'arrachement. Ce ne fut qu'après plusieurs essais rapides à cause de l'obligation dans laquelle se trouvait le chirurgien de retirer de temps en temps le doigt pour laisser respirer la malade, gênée par l'écoulement du sang, qui ne fut jamais très abondant, qu'il parvint à détacher le polype dans toute son étendue. Le polype ne fut point coupé par l'ongle mais littéralement déraciné. L'opération dura près d'une demi-heure.

Les suites en furent des plus simples. L'hémorrhagie ne fut pas considérable, de l'eau fraîche suffit pour l'arrêter ; le polype enlevé la malade respira facilement par le nez. La journée fut bonne. Il se manifesta quelques douleurs de tête qui n'eurent point de durée, et le 4^e jour la malade reprenait sa vie habituelle. Le 6^e jour après l'opération M. Bonnes, afin de bien s'assurer s'il avait enlevé la totalité du polype porta son doigt à la surface basilaire, qu'il rugina de nouveau et acquit la certitude qu'il ne restait plus de trace du pédicule de la tumeur. La malade a été revue trois mois après et on a constaté qu'elle était parfaitement guérie.

L'examen du polype a montré qu'il avait quatre branches, qu'il était fibreux dans son tiers supérieur où il mesurait 3 centim. de largeur. La surface d'implantation était presque de 2 centimètres et il pesait 18 grammes. La branche la plus courte était très fibreuse ; les autres, fibreuses dans leur partie supérieure, perdaient peu à peu leur consistance et devenaient vésiculaires.

Cette observation est intéressante, en ce que c'est la seule, parmi celles que nous avons recueillies, où il est fait mention d'hémorrhagie de quelque importance soit avant soit après l'opération. Quant aux hémorrhagies antérieures, leur cause n'est pas nettement exposée, toutefois la prédominance du tissu fibreux dans la tumeur peut les avoir produites. L'écoulement de sang pendant l'opération doit tenir au procédé employé, procédé qui exposait à blesser la muqueuse environnante et la surface du polype dont l'implantation était assez large ; les douleurs de tête observées dans ce cas ont été sans doute provoquées par l'arrachement violent de la tumeur.

Il est à noter que jusqu'ici aucune des observations citées ne donne d'exemple d'écoulement sérieux par les narines ; dans les deux cas suivants, ce symptôme s'est produit. La première de ces observations est celle de M. Huguier dont nous avons déjà parlé dans l'historique ; la seconde est de M. Labbé : la structure du polype enlevé dans ce dernier cas a été donnée dans l'anatomie pathologique.

Observation de M. Huguier

(Bulletin Société Chirurgie 1860 p. 7).

B. . âgé de 16 ans, entré le 3 décembre 1859, d'un tempérament lymphatique a commencé depuis deux ans et demi à s'apercevoir de quelque chose d'anormal du côté des fosses nasales. Le premier signe qui l'a frappé, c'est le nasonnement de la voix ; depuis lors, les symptômes ont peu augmenté ; il se plaignait en outre d'un

écoulement sérieux assez abondant par le nez. La gêne qu'il éprouve est peu considérable et ce n'est qu'avec peine qu'il se décide à venir nous consulter.

Voici l'état actuel :

Nasonnement marqué de la voix, quand il dort bouche ouverte et ronflement bruyant, nez bouché des deux côtés ; le crachement fréquent et abondant ; la narine du côté gauche est en grande partie obstruée, celle du côté droit est libre. Aucune espèce de souffrance, seulement une gêne habituelle ; pas de troubles de déglutition.

A l'inspection de la gorge, le voile du palais est aussi un peu rebroussé en bas ; il n'est pas gêné dans ses contractions, mais il y a un peu d'angine granuleuse au fond du pharynx. L'inspection des fosses nasales ne laisse rien apercevoir de particulier ; mais si on introduit le doigt recourbé en crochet, de manière à passer au-dessus du voile du palais, on sent un polype du volume d'une noix muscade, assez mou, et qui paraît s'insérer à la partie postérieure du vomer ; cependant comme le doigt ne peut pas le limiter en haut, M. Huguier, au moment de l'opération, fait préparer tout ce qu'il faut pour aller jusqu'à l'apophyse basilaire s'il en est besoin.

L'opération est faite le 13 décembre. Le chirurgien fait au voile du palais une boutonnière ; avec le doigt introduit par la plaie, il peut facilement sentir le point d'insertion du polype et s'assurer que son pédicule qui est assez large s'insère à la partie postérieure du vomer. Avec des ciseaux courbes, il coupe le polype, et met à nu le vomer ; puis avec deux points de suture, il réunit la plaie,

L'examen de la pièce démontre qu'il s'agit d'un polype de la forme d'une noix muscade, celluloso-vasculaire, à mailles assez lâches, mais très riche en vaisseaux.

Observation de M. Labbé.

(Bulletin Société anatomique 74)

V. Baroche âgé de 15 ans et demi. Depuis dix-huit mois écoulement continu, jaunâtre, par la narine droite. Signes de polype nasal, et de plus, gêne dans l'arrière-gorge. Le prolongement pharyngien se développe et la gêne augmente de plus en plus. Pas de déformation de la face.

Au moment de l'admission, voile du palais très tendu et repoussé en avant. Tumeur qui remplit complètement l'arrière-cavité des fosses-nasales et arrive presque à toucher la partie verticale de la langue. Cette portion apparente est violacée, bosselée, mobile, de consistance assez molle, mais pas autant qu'un polype muqueux. Le siège exact du pédicule ne peut être déterminé, mais on constate que la tumeur n'est pas adhérente à la face postérieure du pharynx. Une incision médiane du voile du palais avec le galvanocautère, permet d'attirer le polype en avant par la bouche.

Le pédicule a la grosseur du petit doigt, la tumeur a le volume d'un œuf de poule de forme irrégulière, la consistance de la partie inférieure est fibro-cartilagineuse, plus molle supérieurement et dans le voisinage du pédicule, sa couleur y est blanchâtre, tandis que le prolongement inférieur est rosé.

Dans une séance de cautérisation faite un mois après, M. Labbé enlève un prolongement dans la narine gauche, puis plusieurs fois, par arrachement, on enlève des portions de polype muqueux par la narine droite.

Il nous semble très probable que dans le cas de M. Labbé il y avait coexistence de polypes muqueux des fosses nasales avec la tumeur pharyngienne fibro-muqueuse, il est difficile de comprendre en effet que le pédicule de la tumeur ayant été sectionné complètement il reste un prolongement de cette même tumeur.

C'est la présence de polypes muqueux dans les fosses nasales à gauche et à droite qui causait l'écoulement observé, le prolongement à gauche n'était autre chose qu'un polype muqueux indépendant de la tumeur pharyngienne

L'observation suivante due à M. le docteur Linon, présente par ses caractères cliniques une analogie complète avec les cas de polypes fibro-muqueux déjà décrits.

(Observation du docteur Simon (Résumé dans un rapport de M. Delens.)

(Société de chirurgie. — Séance du 22 juin 1881).

Le nommé Perrier Pierre, jeune soldat de la classe de 1878, est soumis à l'examen du docteur Linon. Au moment de son incorporation au 12^e de ligne, le 15 novembre 1879, la respiration est difficile et se fait la bouche ouverte; la voix est nasonnée, les amygdales sont énormes. L'ablation des amygdales est pratiquée le 20 novembre; mais bien qu'elle ait été complète, elle ne procure que peu de soulagement.

Un nouvel examen fait constater la présence dans l'arrière cavité des fosses nasales d'une tumeur qui repousse la luette et le voile du palais. Elle donne à une ponction exploratrice, la sensation d'un tissu fibreux. Le doigt reconnaît qu'elle s'implante un peu en avant de l'apophyse basilaire, c'est-à-dire vers le corps du sphénoïde. Dans la fosse nasale droite, on constate l'existence d'une tumeur grisâtre, contournée en volute et qui se rattache à la masse pharyngienne.

La gêne de la respiration remonte à six ans environ; il n'y a jamais eu d'hémorrhagies même pendant les manœuvres exploratrices. La portion nasale saisie avec une pince se laisse écraser facilement et ne donne que quelques gouttelettes de sang.

M. le D^r Linon ayant établi le diagnostic de polypes muqueux

en voie de dégénérescence fibreuse, on pratique l'ablation de la manière suivante le 12 février 1880.

L'opéré étant assis, la saillie pharyngienne de la tumeur est d'abord fixée avec un fil très solide, dont on maintient les extrémités en-dehors de la bouche. Un fil est ensuite introduit à l'aide d'une sonde de Belloc dans la fosse nasale droite. A l'extrémité buccale de ce fil, on fixe les deux bouts de la chaîne de l'écraseur, et on les fait ressortir par la narine, l'anse de la chaîne restant dans la bouche. Il devient alors possible d'engager la tumeur pharyngienne dans cette anse, et de faire remonter celle-ci jusqu'au niveau du pédicule qu'elle embrasse exactement.

Les extrémités de la chaîne ayant été articulées avec le corps de l'instrument, la constriction graduelle opérée par ce dernier en fit pénétrer peu à peu la tige dans la fosse nasale, et, lorsque la constriction fut terminée, le fil laissé dans la bouche permit d'amener au-dehors la masse entière de la tumeur.

Celle-ci mesurait 5 centimètres et demi en hauteur et 8 centimètres et demi en circonférence au-dessous du point d'attache du prolongement nasal.

Le pédicule avait 12 millimètres de diamètre. Le poids total ne s'élevait qu'à 25 grammes.

Le seul temps un peu laborieux de l'opération fut celui qui consista à placer exactement l'anse de l'écraseur au niveau du point d'implantation. Du reste la perte de sang fut minime et l'exploration de la surface d'implantation montra que l'extirpation avait été complète.

M. le professeur Kiener résume ainsi les résultats de l'examen histologique qu'il a pratiqué.

Les caractères précédents ne laissent aucun doute sur la signification histologique de la tumeur.

Il s'agit d'un polype de la muqueuse des fosses nasales, comme

l'indiquent la nature de ce revêtement épithelial et sa structure. On peut reconnaître sur toutes les coupes un revêtement épithelial cylindrique (devenu pavimenteux dans les portions qui font saillie dans l'arrière-bouche) un chorion muqueux et un tissu sous-muqueux ayant subi la dégénérescence myxomateuse.

Les suites de l'opération furent simples. Le ronflement nocturne, qui existait avant l'ablation, disparut complètement et, après un congé de convalescence, l'opéré put reprendre le service.

Sept mois plus tard, l'exploration de l'arrière-cavité des fosses nasales ne faisait découvrir aucune trace de reproduction. Ses amygdales toutefois étaient redevenues volumineuses, malgré l'ablation antérieure; il y avait un léger nasonnement de la voix.

Les polypes fibro muqueux peuvent être confondus soit avec les polypes muqueux des fosses nasales, soit avec les polypes fibreux, naso-pharyngiens. Nous essayerons surtout de les séparer nettement de cette dernière forme de tumeur, point véritablement important dans leur diagnostic.

On distinguera les polypes fibro muqueux de l'arrière cavité des fosses nasales des polypes muqueux, surtout par leur point d'implantation et le lieu de leur développement. Tandis que les premiers s'insèrent sur l'anneau fibro-muqueux déjà décrit bordant l'orifice postérieur des narines, les seconds s'insèrent sur la partie supéro-externe des fosses nasales; de plus ils sont en général multiples; au contraire le polype fibro-muqueux est unique.

Les autres caractères différentiels seront tirés de la consistance et de l'aspect extérieur de la tumeur.

La densité des polypes fibro-muqueux est plus grande que celle des polypes muqueux; leur couleur n'est pas grisâtre uniformément luisante, enfin ils ne sont pas demi-transparentes comme ces derniers et se laissent moins facilement déchirer par l'ongle; enfin la présence du tissu fibreux lèvera tous les doutes.

Mais nous le répétons, au point de vue pratique cette différenciation n'a qu'une importance minime, car cette erreur n'exposera pas le chirurgien à appliquer un traitement dangereux à une affection peu grave; l'extirpation ne réclamant que des moyens simples dans les deux cas.

Il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de déterminer si l'on a affaire à un polype fibro-muqueux ou à un polype naso-pharyngien. L'erreur dans ce cas a des conséquences sérieuses; le chirurgien le plus souvent sera amené à appliquer un traitement dangereux pour le malade ou tout au moins difficile dans son exécution. Ce qui sépare nettement un polype fibreux d'un polype fibro-muqueux, ce sont l'absence d'hémorrhagies, la gravité des symptômes dans le premier cas et l'étiologie; à cela viennent se joindre la consistance différente, l'étendue et le lieu de l'implantation.

Les polypes naso-pharyngiens ne se développent jamais sans être accompagnés d'hémorrhagies abondantes qui amènent rapidement le malade à un état profond d'anémie, la santé générale et la nutrition s'altèrent rapidement. Le toucher, la compression de la tumeur amènent un écoulement abondant de sang. Rien de tout cela avec les polypes fibro-muqueux: les tentatives d'arrachement les plus violentes sont à peine suivies de l'écoulement de quelques gouttes de sang. Les polypes fibreux sont l'apanage presque exclusif des adolescents du sexe masculin, tandis que nous rencontrons les polypes fibro-muqueux à tous les âges dans les deux sexes. Un des caractères les plus importants des polypes fibro-muqueux est l'existence d'un pédicule étroit allant s'insérer sur une région déterminée; dans les polypes naso-pharyngiens l'implantation est large, peut se faire sur une très-grande étendue de la voûte basilaire et par plusieurs points, de plus leur densité considérable ne permet pas de les déchirer avec l'ongle. Grâce à leur consistance ils déforment le visage du patient en usant les parties

qui leur font obstacle. Or dans les cas de tumeurs fibro-muqueuses, pas de déformation de la face. La marche de ces derniers polypes est d'ailleurs beaucoup plus lente que celle des polypes fibreux. En un très court espace de temps ceux-ci envahissent toutes les cavités de la face: nous avons vu qu'au contraire les autres ont une évolution lente en général. La récurrence est la règle pour les polypes fibreux; elle n'a pas été observée pour les polypes fibro-muqueux dans les cas où le malade a pu être revu dans la suite.

Tels sont les caractères différentiels des polypes fibro-muqueux avec les polypes fibreux. Nous faisons suivre leur exposé de deux observations destinées à appuyer ce que nous venons de dire sur l'importance de ce diagnostic, tout en montrant les difficultés qu'il peut présenter parfois.

La première appartenant à M. Trélat fait voir une erreur de diagnostic, la seconde due à M. Dumenil, montre à quelles opérations graves peut entraîner cette erreur, bien qu'en ce cas l'habileté du chirurgien ait rendu le résultat aussi bon que possible.

Observation de M. Trélat

Société de chirurgie, (Séance du 9 juillet).

Ces jours passés on m'amena un jeune garçon de seize ans atteint d'une tumeur pharyngienne. Le début remontait à trois ans et demi. La tumeur pendait dans le pharynx et pouvait avoir 2 centimètres et demi de largeur. Il n'y avait jamais eu d'hémorrhagies. L'implantation avait lieu au voisinage de l'apophyse basilaire. Il existait un prolongement nasal mobile que l'on repoussait aisément. La portion pharyngienne était ferme, résistante. Je diagnostiquai un polype fibreux, naso-pharyngien. Une incision fut pratiquée sur le voile du palais avec les ciseaux et le bistouri boutonné. Il n'y eut pas de sang.

Avec une anse calvano-caustique introduite par le nez, j'obtiens

la section du pédicule en moins d'une minute. La tumeur fut immédiatement portée à M. Cornil et l'examen a démontré qu'il s'agissait là, non d'un fibrôme, mais bien d'un myxome enflammé ou d'un polype muqueux. Malgré cet examen rassurant, je ne le considère pas comme guéri et je vais le tenir en observation.

Travail de Dumenil de Rouen, lu à la société de chirurgie.

Société de chirurgie page 350 et suiv., 1873.

L. . . . , âgé de huit ans, entré à l'Hôtel-Dieu de Rouen en septembre 1872. Cet enfant, un peu maigre et pâle, mais d'une bonne santé habituelle, est atteint d'un polype qui remplit la fosse nasale gauche, et forme dans le pharynx une tumeur allongée, du volume d'un œuf, déprimant le voile du palais, au-dessous du bout libre duquel elle fait une saillie appréciable à l'œil. Sa forme est régulière, sa surface lisse.

La face ne présente aucune déformation, le nez n'est pas élargi, l'œil gauche n'est nullement saillant et ses mouvements sont complètement libres. La déglutition s'opère facilement, ainsi que la respiration ; à part la gêne qu'éprouve le passage de l'air à travers la fosse nasale gauche, la voix n'a rien de particulier. Il est impossible de connaître au juste l'époque du début de cette tumeur. Il n'y a jamais eu d'hémorrhagie.

L'exploration avec le doigt ne permet d'apprécier qu'incomplètement les dimensions du pédicule ; celui-ci paraît large, et il semble certain qu'il s'implante à l'apophyse basilaire. La tumeur est ferme, l'exploration ne provoque pas de saignements.

Convaincu de l'impossibilité d'enlever la tumeur par les voies naturelles, je me décide à la résection temporaire du maxillaire supérieur par le procédé de Boeckel et je pratique l'opération le 25 septembre. Le malade est chloroformé pour la première partie de l'opération ; quatre ou cinq ligatures sont nécessaires

dans l'incision des parties molles; la section de l'apophyse montante est pratiquée avec la pince de Liston, celle de la partie antérieure du sinus-maxillaire avec la scie plate d'une boîte à trépan, celle de l'arcade zygomatique avec la scie à chaîne. Le plancher de l'orbite est abattu avec le ciseau et le lambeau ostéocutané est renversé en dehors. Un polype qui est isolé et fixé à la paroi interne de la fosse nasale, est renversé avec le maxillaire.

Les cornets moyens et inférieurs enlevés, la partie postérieure de la cloison détruite, j'ai sous l'œil l'étendue de l'apophyse basilaire, et cependant je ne découvre pas la tumeur.

Introduisant alors un doigt dans la brèche et un autre par la bouche jusqu'au-dessus du voile du palais, j'arrive par des pressions et des tractions modérées à détacher le polype et il tombe dans la gorge. L'impossibilité de voir un point d'implantation m'empêche d'avoir recours soit à la rugination, soit à la cautérisation.

Contre mon attente le polype avait un pédicule qui ne dépassait pas un centimètre de diamètre, mais ce pédicule était très-court et le renflement brusque qui lui succédait immédiatement explique que j'ai cru à une implantation large. On ne voyait nulle part la trace d'un prolongement qui se serait rompu, du reste j'étais certain que la masse qui occupait la fosse nasale gauche était isolée. Le polype, fendu dans sa longueur, avait une coupe fibreuse et un tissu formé d'un tissu aréolaire.

L'écoulement du sang avait été très-modéré. Le lambeau remis en place fut assujéti par des sutures métalliques; des compresses réfrigérantes furent maintenues sur la joue.

Les suites de l'opération furent assez simples, la déglutition ne souffrit pas de trop grandes difficultés; dès le lendemain le malade pouvait avaler un œuf.

Le lendemain j'enlevai trois points de suture. La réunion sur les bords inférieur et interne du lambeau, sur le bord supérieur.

les lèvres de la plaie s'écartèrent et laissèrent écouler un peu de pus bien lié.

Le reste des sutures fut enlevé les 29 et 30, et elles furent remplacées par des sutures sèches au collodion.

La suppuration se fit assez abondamment dans l'incision sous-orbitaire ; il se produisit dans la fosse zygomatique un abcès qui exigea le passage d'un drain.

16 octobre. La suppuration est complètement tarie ; le drain est enlevé. Le malade mange des aliments solides depuis quelques jours déjà.

18 octobre. Exeat. L'enfant mange quatre portions sans difficulté ; la pression sur la joue, le nez, sur le maxillaire à l'intérieur de la bouche n'éveille aucune douleur.

Je le revois huit jours plus tard. et je constate que la guérison est complète ; des renseignements qui me furent donnés au mois d'avril dernier, m'indiquèrent qu'elle se maintenait.

L'opérateur reconnaît qu'il y a eu une erreur de diagnostic et qu'une opération préliminaire aussi grave aurait pu être épargnée

La structure de ce polype était celle des polypes fibro-muqueux ; il présentait une enveloppe fibreuse avec un centre aréolaire et rappelait entièrement la disposition d'un polype fibro-muqueux de la base du crâne dont M. Legouest a fait la relation à la société de chirurgie en 1869.

MARCHE ET PRONOSTIC

Il est difficile de se rendre un compte exact de l'époque où a commencé un polype fibro-muqueux de l'arrière cavité des fosses nasales et du temps qu'il a mis à se développer. Cependant, on constate dans les observations, qu'il existe entre l'apparition des premiers symptômes de la tumeur et le moment où elle devient assez gênante pour amener le malade à consulter un chirurgien, un laps de temps assez considérable. C'est ainsi que dans une observation de M. Heurteaux le début du polype datait de sept ans, en tous cas ce chiffre ne s'abaisse pas à moins d'une année. La marche de ces tumeurs est donc relativement lente et ce n'est qu'au bout d'un temps variable, mais assez long, qu'elles font une saillie appréciable dans la cavité pharyngienne.

Le pronostic des polypes fibro-muqueux est favorable. Nous avons vu en effet qu'ils n'ont que peu d'influence sur la santé générale de l'individu et encore seulement quand la tumeur est devenue très-volumineuse et par action mécanique. La nutrition reste bonne, des hémorrhagies incessantes ne viennent pas affaiblir l'individu, comme cela arrive pour les polypes fibreux naso-pharyngiens.

L'extirpation de ces tumeurs n'expose pas le malade à un danger sérieux ; enfin dans aucun cas nous n'avons observé de récurrence authentique.

TRAITEMENT

On a employé contre les polypes fibro-muqueux de l'arrière-cavité des fosses nasales tous les modes de traitement usités pour les polypes muqueux et pour les polypes fibreux, soit les méthodes simples, incision, arrachement, ligature extemporanée, soit les méthodes composées avec opérations préliminaires telles qu'incision du voile du palais, section médiane de la voûte palatine et enfin résection du maxillaire supérieur.

Nous rejetons complètement ces dernières opérations qui ont l'inconvénient d'exposer à des mutilations et d'aggraver considérablement le pronostic du polype. D'ailleurs elles n'ont été employées qu'à la suite d'erreurs de diagnostic, et l'opération terminée, le chirurgien a dû avouer que son action avait été beaucoup trop énergique. Nous ne pensons pas même que la simple section du voile du palais sur la ligne médiane puisse être autorisée dans ce cas, une exploration attentive aidée de tous les secours de l'art donne le lieu d'implantation de la tumeur et l'étroitesse de son pédicule, d'autre part le volume de la tumeur n'est jamais assez grand pour empêcher qu'on puisse la circonscrire en attirant le voile du palais en avant. Nous avons vu plus haut que MM. Legoues et Trélat ont fait valoir cette opinion de toute leur autorité. C'est donc par une méthode simple, sans opération préliminaire, que l'on devra attaquer les polypes fibro-muqueux, comme la gracilité de leur pédicule le permet.

L'excision et la rugination qui ont été mises en pratique dans certains cas ne nous paraissent pas devoir être recommandées. Cette manière de traiter n'est pas assez précise, outre qu'elle ne

permet d'arriver sur le pédicule du polype que par tâtonnements ; elle produit le plus souvent des blessures de la muqueuse, l'instrument tranchant ou ruginant s'écartant du but qu'il doit atteindre, tout au plus pourrait-on y avoir recours en anesthésiant le malade.

L'arrachement nous paraît préférable à ces deux moyens dans le cas déterminé, bien qu'il présente lui-même quelques inconvénients. MM. Fauvel et Gosselin l'ont employé avec succès, cependant dans l'observation du premier le malade accusa quelques douleurs de tête à la suite de l'opération. La structure du pédicule qui, comme on le sait, est la partie de la tumeur où l'on rencontre le plus de tissu fibreux, rend compte des difficultés que peut rencontrer l'opérateur. Dans tous les cas on sera obligé de se servir de pinces d'une courbure spéciale.

Le galvano-cautère et l'écraseur linéaire ont été employés, le premier par M. Trélat, le second par M. Linon. L'anse galvanique qu'il est relativement facile d'amener jusqu'au niveau du pédicule du polype présente certains avantages, mais en réalité, nous la regardons comme inutile dans ces opérations. Nous voyons en effet M. Trélat s'en servir comme simple fil pour faire la ligature extemporanée et M. de St-Germain, dans le cas que nous rapportons plus loin, fut obligé d'y renoncer, grâce à l'indocilité de sa malade et au mauvais état de son appareil. De l'écraseur linéaire nous ne dirons rien de plus, sinon qu'il revient à la ligature par une anse de fil de fer.

Le traitement auquel nous donnons la préférence est celui qui a été employé par M. Heurteaux et par M. Weiss c'est-à-dire la ligature extemporanée par une anse de fil de fer portée par un serre-nœud ordinaire. Nous ne pouvons faire mieux, pour la description de ce procédé que de renvoyer le lecteur à la description que notre maître en a faite dans le cours de son observation. Voici

Quoiqu'il en soit, une fois le voile du palais divisé, je pus saisir fortement le corps du polype avec les pinces en question et je le tordis à plusieurs reprises jusqu'à l'arrachement de son pédicule.

Nous pûmes alors nous convaincre que son implantation n'était pas basilaire et que nous avions affaire à un énorme polype muqueux qui s'implantait au-dessus de l'orifice des fosses nasales, et qui envoyait deux prolongements considérables dans les narines.

L'aspect muqueux de la tumeur ne se trouvait que dans la région accessible au doigt et à la vue, et dans cette région, c'est à dire derrière le voile du palais, la consistance de la tumeur était devenue beaucoup plus considérable.

CONCLUSIONS

1° Les polypes fibro muqueux s'insèrent à l'orifice postérieur des fosses nasales, sur un anneau d'un centimètre de large environ.

2° On y trouve des éléments fibreux et muqueux en proportion variable et sans ordre bien déterminé, cependant le pédicule est en grande partie fibreux.

3° Ils se rencontrent à tous les âges et dans les deux sexes.

4° Ils sont caractérisés par l'absence de troubles fonctionnels graves, d'hémorrhagie et par l'étroitesse de leur pédicule. Leur consistance est intermédiaire entre celle des polypes muqueux des fosses nasales et celle des polypes fibreux naso-pharyngiens.

5° Ils se distinguent des premiers par leur consistance, leur structure intime, leur nombre, leur apparence extérieure. L'existence d'un pédicule et l'absence de symptômes généraux et locaux graves, les séparent des polypes fibreux naso-pharyngiens.

6° Leur marche est lente et ils ne récidivent point, leur pronostic est bénin.

7° Le traitement qu'on doit leur opposer de préférence, est la ligature extemporanée, à l'aide du serre-nœud ordinaire, et l'application préventive de caustiques après l'opération. La chloroformisation la tête en bas devra être employée chez les enfants ou les malades indociles.

Vu :

Le Président de la thèse,

A. HEYDENREICH.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy le 29 juillet 1882.

Le recteur,

MOURIN.

QUESTIONS PROPOSÉES PAR LA FACULTÉ

- 1° CHIMIE. — Du phosphore
- 2° PHYSIQUE. — Solubilité des gaz dans les liquides et en particulier dans les liquides de l'économie.
- 3° HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — Groupe des Arachnides vénimeuses, Scorpions, Tarentules, etc.
- 4° ANATOMIE. — Du quatrième ventricule du cerveau.
- 5° HISTOLOGIE. — De la cornée.
- 6° PHYSIOLOGIE. — Influence de l'alimentation, de l'exercice musculaire et du sommeil sur la composition de l'urine.
- 7° PATHOLOGIE ET CLINIQUE EXTERNES. — Des fistules anales.
- 8° PATHOLOGIE ET CLINIQUE INTERNES. — Des maladies qui donnent lieu à une augmentation de volume du foie.
- 9° ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — De la néphrite interstitielle.
- 10° MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE. — Des émissions sanguines.
- 11° MÉDECINE OPÉRATOIRE. — Trépanation du sinus maxillaire.
- 12° ACCOUCHEMENTS. — Mécanisme de l'accouchement par la face.
- 13° HYGIÈNE. — Hygiène des mineurs et des ouvriers dans les usines métallurgiques.
- 14° MÉDECINE LÉGALE. — De la vérification des décès.

